« MUSE »

MODELISATION
DES UNITES DE SOINS A ERASME

Direction du Département Infirmier
Janvier 2010

PLAN

		page
I	**Introduction**	**3**
II	**Références**	**5**

1. Structure de l'hôpital
2. Principes fondateurs de l'ULB
3. Loi sur les Hôpitaux
4. Législation en vigueur en matière d'Art de Soigner
5. Définitions de fonctions au sein du Département Infirmier

III Déclinaisons

1. La communication 7
   a. Autour du patient et de la famille
   b. Communication fonctionnelle et organisationnelle
   c. Le secret et le respect dans la communication
   d. La communication d'entreprise
2. La gestion quotidienne des soins dans l'unité 15
   a. Les balises
   b. Les critères de qualité de l'organisation 16
   c. Le rôle du responsable du jour 17
   d. Le rôle de l'infirmière chef de nuit
3. La pratique infirmière
4. Les objectifs à atteindre par l'équipe soignante 20

IV	**Conclusions**	**21**

I. Introduction

La **MUSE** (Modélisation de Unités de Soins à Erasme) est le fruit de la réflexion d'un groupe de travail constitué d'infirmiers cadres, à l'initiative de la directrice du département Infirmier.
Elle est un **guide**, tant pour les responsables que pour les membres des équipes. En effet, la MUSE définit les dénominateurs communs pour l'organisation du travail, en se centrant sur nos **valeurs**. Elle s'appuie sur la **démarche en soins**, centrée sur la personne humaine et adaptée à son état de santé.
Conçue dans le but d'**harmoniser** les pratiques et l'organisation du travail, elle respecte l'identité et les spécificités de chaque équipe. Orientée vers la gestion des unités de soins, elle n'en est pas moins une **référence** pour toutes les équipes soignantes que les patients rencontrent dans leur parcours de soins.

En sa qualité d'hôpital universitaire, Erasme a 3 missions essentielles :

- **S**oins
- **E**nseignement
- **R**echerche

Le Département infirmier adhère pleinement aux valeurs de

- **S**olidarité
- **E**quité et éthique
- **R**esponsabilité

telles qu'elles ont été énoncées par le collège directorial, lors du discours des voeux en janvier 2010.

Attachés à l'Université Libre de Bruxelles, les soignants adhèrent au principe du Libre Examen. Celui-ci postule l'indépendance du jugement. Il est, avant tout, une attitude de vie, une discipline intellectuelle, visant la maîtrise de soi, l'objectivité, et un renouvellement méthodique des idées. Il implique le sens de la responsabilité vis-à-vis d'autrui. Il n'est pas laxisme : « démocratie n'est pas faiblesse, tolérance n'est pas passivité » (André Comte-Sponville).

Les infirmiers cadres sont chargés de

- porter les valeurs professionnelles ;
- donner du sens à la pratique quotidienne ;
- prendre soin de leur équipe ;
- s'ouvrir aux autres professionnels ;
- développer la communication ;
- garantir une démarche éthique dans les soins et le respect interpersonnel.

Ils sont avant tout des référents et des médiateurs, en étant intransigeants sur l'essentiel (valeurs) et souples sur la forme (dialogue).

La MUSE devra évoluer avec le temps, sans s'écarter de son fondement, portée par ceux qui nous suivront…

Eric Boghe
Fabienne Ghislain
Chantal Gilbert
Pascale Javaux
Romuald Lontie
Mirella Manna
Alberte Nelis
Chantal Van Cutsem

Mars 2009

II. Références

Pour poser ses jalons, MUSE se réfère à plusieurs éléments.

1. La structure de l'hôpital

L'hôpital Erasme est l'hôpital académique de l'ULB.

Ouvert en 1977 et doté aujourd'hui de 864 lits agréés, il assure une triple mission:

- Les soins aux patients
- L'enseignement
- La recherche.

Le personnel de l'hôpital comporte plus de 3000 membres, dont parmi eux environ 700 médecins et 1400 infirmiers et soignants.

L'hôpital Erasme est une institution académique, privée et laïque.
Les valeurs fondamentales qui nous guident sont le respect et la considération, ainsi que la critique constructive et le doute raisonné.

2. Les principes fondateurs de l'ULB

L'Université Libre de Bruxelles fonde l'enseignement et la recherche sur le principe de libre examen.
« Le libre examen qui est à la base de la méthode scientifique, est aussi un principe auquel on souscrit par engagement… Le libre exaministe s'engage donc à mettre ses paroles et ses actes en accord avec ce qu'il tient pour vrai. Sa vérité, il a le courage de la dire et de la défendre. »

3. la loi sur les hôpitaux

Celle-ci date de 1963 et a été coordonnée par un arrêté royal en 1987. Elle définit, entre autres, les normes d'agrément, les aspects de financement, le statut des médecins hospitaliers.

4. la législation sur l'Art de Soigner

L'arrêté royal (AR) de référence en la matière est celui de juin 1990, dont le but est de permettre au personnel infirmier d'effectuer les prestations techniques de soins infirmiers et les actes médicaux confiés.

Il existe 3 sortes de prescriptions médicales :

- la prescription médicale formulée oralement
- la prescription médicale écrite
- l'ordre permanent.

Un AR de juillet 2006 stipule que toutes les techniques de soins et actes médicaux confiés doivent être détaillés à l'aide d'un plan des soins de référence ou d'une procédure. La prescription médicale est nécessaire dans le cadre des prestations techniques infirmières mentionnées sous B2 et des actes médicaux confiés.
En 2007, un AR a ajouté des prestations réservées aux porteurs du titre particulier d'infirmier spécialisé en soins intensifs et d'urgence.
L'aide soignante a, depuis 2006, un statut qui lui permet de poser des actes délégués dans les conditions décrites dans l'AR.
Depuis 2006, la législation prévoit l'utilisation de procédures et de plans de soins de référence, établis en concertation avec le département médical.
La direction du département infirmier est tenue d'évaluer, en interne, la qualité des soins infirmiers.

5. les définitions de fonctions au sein du département infirmier

Les différentes fonctions composant notre organigramme ont un profil établi. Des définitions générales sont complétées par des définitions spécifiques.

III. Déclinaisons

La MUSE, fondation de l'organisation et des relations, garde la personne soignée au centre de ses préoccupations. Nous la déclinons, concrètement, dans les domaines suivants.

III. 1. La communication

Nous vivons dans un monde où l'information tient une place prépondérante. Hélas, tous les individus ne sont pas égaux quant aux facultés, possibilités, moyens d'accéder à la bonne information au bon moment.
Tous les individus ne sont pas égaux non plus quant au traitement de l'information lorsque celle-ci a pu être obtenue (état de stress, langue,…)
Enfin, l'abondance de l'information est aussi à considérer comme un frein pour certains.

Tous les acteurs de santé ont ainsi un rôle essentiel auprès des patients et des familles. Mais comme préalable à cela, il faut bien entendu que la bonne information circule entre les soignants.

La bonne information ← la bonne communication ← le bon vecteur de communication

Si la bonne information est un facteur clé pour que le patient puisse bénéficier des meilleurs soins, elle est tout aussi importante quant au recouvrement de l'autonomie du patient ou de son entourage proche ; on parlera alors d'éducation.

a. La communication autour du patient et de la famille

a.1. Le dossier patient

La mémoire seule des soignants ne suffit pas à mémoriser, traiter et restituer l'information. D'autant que celle-ci revêt un caractère pluridisciplinaire.
Le premier vecteur de communication doit être le dossier du patient, idéalement le dossier unique, support écrit (et électronique)
La complexité, le volume ainsi que le nombre d'intervenants rend difficile ce modèle unique, mais cet objectif doit rester sous-jacent à toute démarche.

a.1. 1. Le dossier médical

Chaque patient doit avoir un dossier médical, papier ou informatisé, tout au moins pour le séjour en cours. Les séjours précédents peuvent être accessibles sous forme électronique exclusive.
Chaque dossier doit suivre le patient tout au long de son séjour (unité d'hospitalisation, salle d'examen,…)
Chaque dossier doit être clairement **identifié** : unité de soins, numéro de chambre, nom du patient.
Chaque dossier doit au minimum avoir la structure suivante :

- Feuille de statut (s'il y a un statut particulier) ;
- Feuille de traitement ;
- Consultation ;
- soins infirmiers ;
- hospitalisation ;
- examens techniques ;
- kinésithérapie.

La **feuille de traitement** doit être complétée quotidiennement par le médecin prescripteur.
Chaque **prescription de médicament** doit préciser : le nom de la spécialité, le dosage, le mode d'administration, la fréquence. L'arrêt du traitement doit être explicitement mentionné.

a.1. 2. Le dossier infirmier

1°) Dossier de soins
Chaque patient doit avoir un dossier infirmier, papier ou électronique, tout au moins pour le séjour en cours.
Chaque dossier doit rester localisé dans l'unité de soins dans laquelle le patient est hospitalisé.
Chaque dossier doit être clairement identifié (numéro de chambre et de lit, nom de famille)
Tous les documents figurants dans le dossier infirmier doivent être identifiés par l'étiquette GUS du patient.
Chaque dossier doit au minimum avoir la structure suivante :

- Anamnèse ;
- programme de soins ;
- feuille de traitement ;
- notes d'évolution.

Chaque feuille de planification (traitements, soins, pansements etc…) doit être complétée quotidiennement.
Chaque médicament à administrer doit être planifié précisément : nom de la spécialité, dosage, mode d'administration, fréquence. L'arrêt du traitement doit être explicitement mentionné.
Lorsque la planification sort du cadre temporel du document, une date doit figurer en regard du médicament ou du soin à planifier ultérieurement.

2°) Dossier de paramètres
Ce dossier est propre à l'hôpital. Il se trouve au pied du lit, accessible à tous les intervenants et comporte la structure suivante :

- feuille de température, pulsations, tension artérielle ;
- surveillance glycémie ;
- bilan ;
- symptômes ;
- protocoles divers.

a.1.3. Le dossier de liaison

C'est un outil de communication **entre l'hôpital et le domicile**, et également **entre le domicile et l'hôpital.** Ce document est conçu en partant des besoins du patient, auxquels il faut répondre par une approche holistique et interdisciplinaire.
Il a pour objectif de faciliter la transmission des informations nécessaires à la continuité des soins entre l'hôpital et le domicile et vice versa. L'harmonisation des pratiques entre les prestataires de soins et des services doit rester l'objectif prioritaire de la coordination.
Il est conçu en plusieurs volets comportant un mode d'emploi.
Si le patient nécessite une prise en charge multidisciplinaire, une concertation des intervenants en incluant le patient dans l'analyse de ses propres besoins est souhaitable, afin de préparer la sortie de manière optimale.

a.2. L'accueil

L'accueil d'un patient est très important : les premières minutes constituent souvent un moment clé. Il véhicule l'image du professionnel, de son service, de son entreprise, de sa profession.
C'est une étape cruciale dans tout séjour du patient. L'accueil réussi ne s'improvise pas : il doit répondre aux besoins du patient, et en ce sens, au-delà des généralités, il doit être individualisé.

a.3. L'information

Tout patient a droit à la bonne information. Chaque patient est unique, cette information sera systématiquement individualisée.
Il est important, voire indispensable, que tous les intervenants sachent où en est le patient dans la réception des informations, surtout pour ce qui concerne sa pathologie et son pronostic.
Le patient doit pouvoir prendre connaissance des points clés de l'organisation du service et des noms des personnes ressources (voir aspects légaux en matière de droit des patients).
La capacité d'une équipe à apporter des informations cohérentes au patient et à ses proches est capitale : elle génère un climat de confiance et de sécurité.

a.4. L'éducation

Le patient et sa famille sont partenaires de la relation thérapeutique. Le processus éducatif doit faire partie intégrante de la prise en charge.

b. La communication fonctionnelle et organisationnelle

b.1. le staff complet
Cette réunion rassemble les cadres du département infirmier et a lieu 5 fois par an. Des sujets d'ordre institutionnels y sont présentés.

b.2. la réunion de secteur
Cette réunion est destinée aux IC, ICA et « faisant fonction » d'un secteur avec l'ICS qui en a la charge.
Elles ont lieu minimum 4 fois par an, dont 3 fois en présence de la directrice du DI.

b.3. la réunion ICS/IC
Ces rencontres au minimum mensuelles permettent de discuter de l'exercice de la fonction de l'IC : difficultés éventuelles, suivi du cadre, suivi de projets en cours, …

b.4. la réunion d'équipe
Ces réunions rassemblent l'ensemble d'une équipe, 2 fois par an minimum. Les convocations sont envoyées au moins 2 mois à l'avance, avec l'ordre du jour.

Les réunions sont indiquées sur la planification horaire. Un compte rendu de la réunion est rédigé et distribué à chacun le plus rapidement possible après la réunion.
Par ailleurs, l'IC doit adapter et formaliser le passage des informations au sein de son équipe (affichage, carnet d'infos…).

b.5. l'entretien individuel
Un entretien informel peut avoir lieu entre l'IC et un membre de son équipe.
De manière plus formelle, un entretien d'évaluation de compétences est systématique après 3 mois, après 6 mois, avant mutation interne, ou réalisée dans le but de formaliser des objectifs à atteindre dans un délai défini. Un document officiel est utilisé au sein du DI (voir document en annexe).
L'évaluation de compétences doit encore faire l'objet d'un développement institutionnel.

c. Le secret et le respect dans la communication

c. 1. Le secret professionnel

« Il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confidence et de confidence sans secret»
(Louis Portes cité par G. Memeteau, Responsabilité médicale, Paris, éd. Litec, 1986, p.81)

1. Code de la santé publique (art. R 4311-1 & 4311-2 définissant l'exercice de la profession p.69) stipule :

   « L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du **secret professionnel…** » (Extrait du code)

   3 valeurs fondamentales sont retenues :
   →le respect de la dignité et de la liberté de l'être humain
   →la compétence professionnelle
   →la responsabilité professionnelle
   (Le soignant et la démarche éthique – Philippe Svandra (Estem))

2. Code pénal

Selon l'article 458 du Code pénal, pour qu'il y ait révélation, il suffit que les faits couverts par le secret professionnel soient communiqués à une seule personne.

Que penser des ascenseurs des hôpitaux, ces lieux de tant d'indiscrétions dont visiteurs, familles et autres deviennent des témoins malgré eux ?

(Mémento de l'art infirmier – 2008 / 2009 Kluwer)

3. Morale et éthique

L'éthique soignante est d'abord questionnement et conscience d'un problème.
Les meilleures compétences professionnelles sont annulées par la rupture du respect interpersonnel.
Retenons quelques citations :

« Le soin se situe à l'endroit exact de la rencontre des vulnérabilités » (MA Coudray)
« La réalité de chaque personne doit être considérée comme unique, valide et légitime » (Wright et Levac, 1992)
« Le professionnel de la santé ne peut pas diriger les individus, il peut seulement les inviter à réfléchir » (Maturana et Varela, 1992)

4. Code de déontologie médicale

« Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés »
Serment d'Hippocrate

Cette règle du secret s'applique à toute personne qui remplit une fonction dans le domaine de la santé en ce compris les infirmiers.

En quoi peut consister un secret ?
Toutes les informations qu'une personne vous confie ne sont pas à considérer comme secrètes. Les informations qui ne comportent aucun nom concret, aucun détail – et ne permettent qu'une description en termes généraux – ne font pas partie du secret professionnel.

Sont secrètes les informations suivantes :
→ tout ce qui est confié explicitement ou tacitement à la personne de

confiance
→ toutes les informations vues ou entendues…

Le secret professionnel est violé lorsque sont divulgués volontairement des secrets, même si la personne concernée n'a pas l'intention de faire du tort ou d'agir au détriment de quelqu'un.
Même en confirmant un fait connu, il y a viol du secret professionnel.

(Le secret professionnel – Justice – Portail des services publics belge)

5. Règlement du travail (RT page III/2)
   Le travailleur est tenu d'observer le secret professionnel et la plus grande discrétion avec les malades, leur famille et les visiteurs.
   Par ailleurs le respect du secret professionnel s'impose dès la signature du contrat et perdure au-delà de son terme.

c. 2. Le respect

- Principes de vie en communauté (Règlement de Travail page III/1)

→ Respect mutuel : règles de politesse
tenue vestimentaire
respect de l'environnement
respect des convictions philosophiques et religieuses

- Obligation de réserve professionnelle et confidentialité des données

Tout professionnel a une obligation de réserve quant à l'expression de ses opinions à l'égard de son institution et de ses collègues.

En ce qui concerne la confidentialité des données, tous les soignants doivent veiller à protéger de toute indiscrétion les documents de données (notamment informatiques) concernant les patients pris en charge.

- Droits des patients

Cette obligation de respecter le droit à la protection de la vie privée découle de la loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients.

Cette loi précise également que le patient a droit à des prestations de qualité répondant à ses besoins, sans aucune discrimination.
Le travailleur a l'obligation de tenir soigneusement à jour un dossier patient et de le conserver intact en lieu sûr (d'autres lois précisent son contenu).

Le patient ou son mandataire peut, sous certaines conditions, consulter ou obtenir une copie tant partielle que complète de son dossier (les informations sont disponibles à la Direction Médicale)
NB : pour rappel, ce dossier est unique à l'hôpital Erasme.

d. La communication d'entreprise

d.1. la communication externe

1° le site internet

Le site internet est la vitrine virtuelle de notre institution.
Outre l'information fournie, il sera aussi un outil d'orientation pour la patientèle.

2° les évènements

Tout évènement extérieur (congrès, émission, interview,…) doit être une occasion à saisir pour mettre en valeur l'institution et tout ce qu'elle représente.

d.2. la communication interne

1° le site intranet

Plus que le site internet, l'intranet doit être un « outil » pour l'ensemble du personnel de l'institution, tant sur le plan d'obtention d'information (en temps réel et maintenue à jour) que sur le plan d'interactions avec d'autres interlocuteurs au sein de l'institution.

2° le journal d'entreprise

Les formes électroniques bien que de plus en plus présentes n'ont pas encore supplanté entièrement le format papier.
Le contenu est généralement plus fouillé, contrairement au format électronique qui se veut de donner une information rapide, claire, précise et concise.

III. 2. La gestion quotidienne des soins dans l'unité

Le rôle de l'infirmière chef est capital. Sa mission est, au quotidien, de

- porter les valeurs professionnelles
- donner du sens à la pratique quotidienne

- prendre soin de son équipe
- s'ouvrir aux autres logiques professionnelles
- favoriser la communication.

a) Les balises

La **ponctualité** est une marque de respect de chacun envers son équipe.

Le responsable du jour tient compte, pour répartir le travail, de la charge mentale et de la charge physique, en visant un maximum de **continuité** dans les prises en charge.

Un **carnet de répartition** est utilisé dans les unités de soins : il contient les informations utiles aux paramédicaux et les noms du personnel de renfort.

Une **feuille de transmission** des soins est utilisée lors des rapports. Dans les services techniques, d'autres modalités sont en place, toujours dans un but de continuité des soins.

L'infirmière engage sa **responsabilité** dans la prise en charge des patients, et ce dans tous les domaines de cette prise en charge (soins, réponses aux besoins, anamnèse, administration des traitements, information…). Elle est également engagée dans le cadre de la délégation aux aides soignants.
Le respect des règles d'hygiène, visant la **prévention des infections nosocomiales**, est 100% requis.

Les **priorités** sont fonction des éléments suivants :
- Sécurité des patients
- Contraintes liées aux besoins des patients (situation d'urgence, salle d'op, examens, accueil, …)
- Contraintes temporelles (heures des repas, heures d'administration de médicaments,…)
- Anticipation et préparations des sorties

b) les critères de qualité de l'organisation de l'unité de soins

En matière de répartition du travail : Les patients sont répartis sur base des infirmières présentes et des missions de chacun.
- La notion de « soins à la chaine » fait place à une répartition des patients entre les infirmières présentes, y compris les infirmières des équipes volante et renfort, de jour comme de nuit.

- Le travail en tandem infirmière/aide soignante dans la prise en charge des patients est favorisé
- L'affectation à une activité particulière (formation, relais…) est prévue dans l'organisation du travail et planifiée.

En matière de soins d'hygiène : la prise en charge de patients est globale et complète. Elle ne se limite pas à la toilette mais inclut l'ensemble des soins.

En matière de repas : ceux-ci sont distribués dans le respect des horaires ; le patient est installé de manière adéquate et bénéficie du régime prescrit. Le rôle de l'aide soignante est essentiel à ce niveau.
Le patient souffrant de dysphagie est pris en charge par une infirmière.

En matière de médicaments : la distribution se fait dans le respect des heures d'administration et de la durée d'action des médicaments ; elle inclut la prise des paramètres et la surveillance des symptômes.

En matière d'exécution du rôle propre et des ordres médicaux : ceux-ci sont programmés au plus vite et retranscrits dans le dossier en soins infirmiers.

En matière de REM (Résumé Equipe mobile): celui-ci est réalisé par l'infirmière pour les patients dont elle a la charge.

En matière de disponibilité de l'équipe : lors des transmissions orales, des pauses informelles et des réunions d'équipe, l'équipe assure la continuité dans la réponse aux besoins des patients, des familles et des autres soignants.

En matière d'administration : l'organisation intègre les activités administratives, prioritairement celles qui sont inhérentes aux mouvements des patients et la planification des examens.

c) Le rôle du responsable du jour

Le rôle du responsable du jour est identifié et connu.

L'infirmière chef définit quels sont les infirmières susceptibles d'assurer ce rôle en son absence et en l'absence de l'infirmier chef adjoint, sur base volontaire.

Les principes de base de cette délégation sont :
- Être l'interlocuteur pour l'unité
- Orchestrer et soutenir le déroulement des soins, et garantir l'entraide
- Être le garant de la transmission correcte des informations

- Mettre en œuvre, de manière optimale et dans le respect des règles en vigueur, le fonctionnement de l'unité
- S'assurer de la présence des personnes prévues à l'horaire
- Évaluer la charge et répartir le travail
- Tenir compte des qualifications, du nombre et des compétences du personnel présent
- Vérifier la feuille des « à jeun » et la planification des examens
- Gérer, le plus rapidement possible, les absences du jour et des 48 prochaines heures, via l'infirmier chef de service de garde pour les unités à gestion centralisée ou par l'ICS du secteur
- Signaler tout problème à l'infirmier chef de service du secteur (ou de garde en son absence)

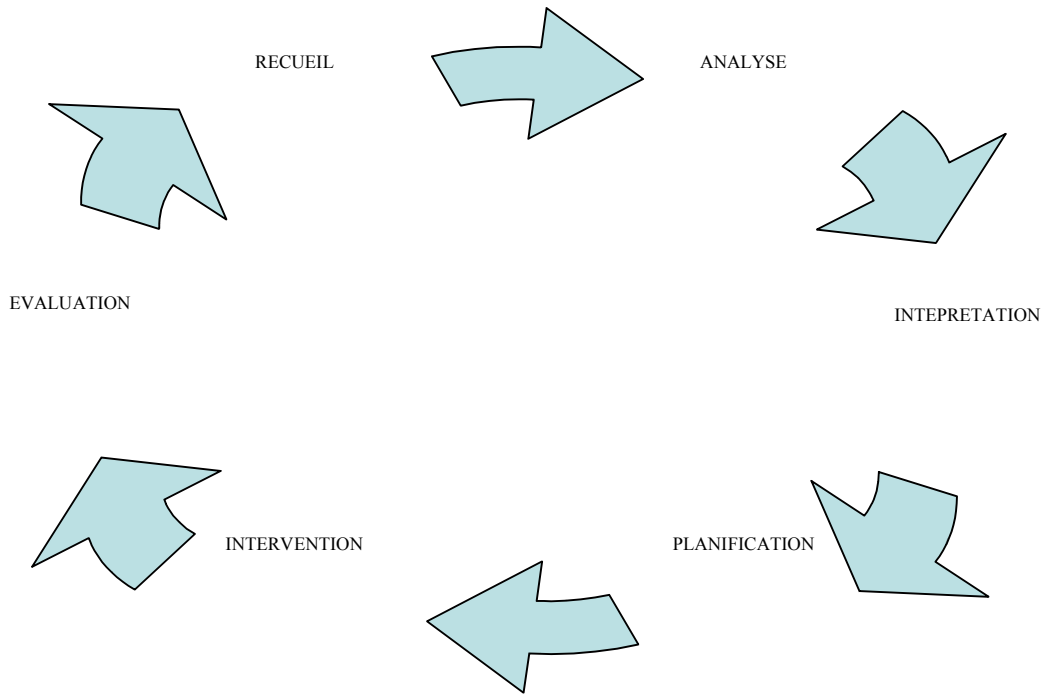
d) Le rôle de l'infirmière chef de nuit

Celle-ci est mandatée par la direction du département infirmier pour assurer la continuité des soins dans l'ensemble des services en activité, jouant un véritable rôle de chef d'orchestre, tant au niveau de la répartition des ressources qu'au point de vue des transferts des urgences vers les unités de soins.

III. 3. La pratique infirmière

a) la démarche en soins

La Direction du département infirmier soutient la **démarche en soins infirmiers,** qui désigne la méthode par laquelle l'infirmier exerce l'art de soigner. Il s'agit du processus par lequel l'infirmier détermine, met en œuvre et évalue les actions relevant de sa fonction.
C'est un processus décisionnel dans lequel l'infirmier sélectionne des données, les analyse, émet des hypothèses diagnostiques, les vérifie, intervient, évalue ses interventions et en planifie d'autres.



Dans le cadre de sa pratique, l'infirmière s'appuie sur différents éléments qui la documentent :

Le plan de soins de référence permet d'aborder et de soigner systématiquement le patient atteint d'une affection déterminée (A.R. du 13 juillet 2006)

Le plan de soins individualisé identifie les problèmes spécifiques du patient, les résultats attendus, les interventions qui amènent à résoudre les problèmes.

La procédure décrit le mode d'exécution d'une technique médicale ou infirmière déterminée. Le cas échéant, une ou plusieurs procédures peuvent faire partie d'un plan de soins de référence ou d'un ordre permanent (A.R. du 13 juillet 2006)

L'ordre permanent est un schéma de traitement établi préalablement par le médecin. On se réfère, le cas échéant, aux plans de soins de référence ou aux procédures.
Le médecin doit indiquer nominativement le patient à qui un ordre permanent doit être appliqué.

Le médecin indique dans l'ordre permanent les conditions dans lesquelles le praticien de l'art infirmier peut réaliser ces actes.
Le praticien de l'art infirmier apprécie si ces conditions sont remplies et dans ce cas uniquement il exécute les actes prescrits. Dans le cas contraire, il doit en avertir le médecin (A.R. du 13 juillet 2006)

b) les qualifications et les compétences

- *Le concept de compétence*

Plusieurs définitions de ce concept existent, nous en retenons 2 :

1. La compétence de l'infirmière se définit, selon A. Monténisos, comme « l'ensemble des interactions entre ses aptitudes, ses formations et ses attitudes. Ces interactions lui permettent d'observer et de comprendre sa situation de travail, puis de juger, de décider et d'agir, afin d'apporter aux malades les soins dont ils ont besoin ».
2. Le modèle d'excellence de P. Benner, basé sur le modèle de Dreyfus, définit 5 stades de compétence : novice, débutant, compétent, performant, expert.

- *la complémentarité des compétences*

Une équipe soignante comporte plusieurs formations ; celles-ci sont complémentaires.
L'expérience donne aux plus anciens la capacité et le devoir d'épauler les plus jeunes. La transmission du savoir est un élément important dans la dynamique d'une équipe.
Des équipes pluridisciplinaires de 2ème ligne viennent en renfort dans des domaines particuliers tels que les soins continus, l'alimentation artificielle, les soins de plaie…
L'accueil et l'intégration du nouveau personnel sont importants : le système de « tutorat » est encouragé au sein du Département Infirmier.

- *les titres et qualifications*

La législation impose une formation permanente pour la conservation des titres particuliers. La direction soutient les démarches de formation dans ce cadre et encourage les formations spécifiques, utiles à l'amélioration continue des soins.

- *la formation continue*

Le service formation permanente est une structure intervenant dans le processus de qualité des soins et de résolution de problèmes, sur base d'indicateurs objectifs de terrain.
Relèvent de sa mission :

L'analyse des demandes
La définition des besoins individuels et institutionnels
La réalisation des cahiers des charges
La recherche des formateurs
L'organisation des formations
La planification et l'organisation logistique
L'évaluation pédagogique

c) La recherche en soins infirmiers et l'évaluation de la qualité des soins sont des domaines qui devront être plus développés à moyen terme.

III. 4. Les objectifs à atteindre par l'équipe

Le rôle de l'infirmière chef, relais de la direction sur le terrain, est fondamental. Sa fonction est précisée par la loi ; un profil institutionnel et des objectifs à atteindre ont été établis par la direction du DI. Ceux-ci constituent une base à l'évaluation de compétences.

Le rôle de chaque membre de l'équipe est tout aussi important : son professionnalisme lui permet de prodiguer des soins de qualité, en toute sécurité pour le patient et pour lui-même, d'assurer la continuité de la prise en charge. Chaque soignant est responsable des soins qu'il prodigue et s'engage à respecter les procédures de soins. Celles-ci sont le fruit d'un travail d'experts et intègrent les connaissances scientifiques actualisées et les bonnes pratiques.
Chaque soignant s'engage à respecter les règles d'hygiène et veille, notamment à l'hygiène des mains.

Ce professionnalisme se décline également au niveau relationnel, tant à l'égard du patient et de sa famille, que dans le cadre des relations de travail. Respect de l'autre et des règles institutionnelles est 100% requis.

L'équipe s'investit dans l'accueil et l'intégration de ses nouveaux membres, notamment par le tutorat.

Chaque équipe doit se fixer annuellement des objectifs, soutenue dans cette démarche de progrès par l'infirmière chef et l'infirmière chef de service.
Ils viseront les aspects tels que :

- les relations interprofessionnelles
- l'efficience des soins
- les valeurs
- la recherche infirmière
- l'organisation
- …

IV. Conclusions

Le présent document fait référence à des valeurs, normes, lois.

Volontairement synthétique, il évoque, de manière non exhaustive, des éléments fondamentaux qui doivent guider notre pratique et nos relations humaines.

Les impératifs économiques nous imposent de repenser sans cesse nos modes de fonctionnement vers plus d'efficience. Cependant, **nos principes fondateurs demeurent…**